QUELQUES CONSIDÉRATIONS

N° 17.

SUR

LES HÉMORRHAGIES UTÉRINES

QUI PEUVENT AVOIR LIEU AVANT, PENDANT ET APRÈS L'ACCOUCHEMENT;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 11 *février* 1829, *pour obtenir le grade de Docteur en médecine;*

PAR JEAN-JACQUES MONTET, de Bordeaux,

Département de la Gironde;

Ex-Chirurgien des hôpitaux militaires et de la marine.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n° 13.

1829.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL, *Président.*
Chimie médicale	ORFILA, *Examinateur.*
Physique médicale	PELLETAN fils.
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	ANDRAL.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. / ROUX, *Suppléant.*
Pathologie médicale	FIZEAU. / FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND, *Examinateur.*
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DESORMEAUX.
Clinique médicale	CAYOL, *Examinateur.* / CHOMEL. / LANDRÉ-BEAUVAIS. / RÉCAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON. / BOYER. / DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DENEUX.

Professeurs honoraires,

MM. CHAUSSIER, DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, DUBOIS, LALLEMENT, LEROUX, PELLETAN père, VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Arvers.	Gibert, *Suppléant.*
Baudelocque.	Kergaradec.
Bouvier, *Examinateur.*	Lisfranc.
Breschet, *Examinateur.*	Maisonabe.
Cloquet (Hippolyte).	Parent du Chatelet.
Cloquet (Jules).	Pavet de Courteille.
Dance.	Ratheau.
Devergie.	Richard.
Dubois.	Rochoux.
Gaultier de Claubry.	Rullier.
Gérardin.	Velpeau.
Gerdy.	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE.

A MA BELLE-MÈRE.

Agréez, je vous prie, ce faible temoignage de mon amour filial et de ma vive reconnaissance.

J.-J. MONTET.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS

SUR

LES HÉMORRHAGIES UTÉRINES

QUI PEUVENT AVOIR LIEU AVANT, PENDANT ET APRÈS L'ACCOUCHEMENT.

En embrassant ce point de médecine clinique, je n'ai pas eu la prétention de le présenter sous un aspect nouveau; mon unique intention est d'y rattacher des préceptes dont le grand avantage ne saurait être révoqué en doute, puisqu'ils sont le fruit du travail et de la méditation d'hommes célèbres, et qui chaque jour se trouvent confirmés par l'expérience et l'observation.

Parmi les affections qui tourmentent la femme, on peut regarder comme une des plus cruelles les pertes de sang excessives qui surviennent avant, pendant et après l'accouchement; elles portent la désolation dans les familles au moment où le plus doux espoir naît des apparences les plus flatteuses. Ici le médecin a souvent besoin d'un profond savoir, d'un discernement aussi prompt que juste, d'un sang-froid imperturbable, sans lesquels il ne peut se promettre de réussir.

On donne le nom d'*hémorrhagie utérine* à un écoulement plus ou moins considérable de sang, provenant des vaisseaux utérins, du placenta ou du cordon ombilical, qui, dans le plus grand nombre des

cas, peut faire craindre des suites fâcheuses, et même la mort; d'où il résulte que nous n'entendons pas comprendre dans cette définition l'écoulement périodique sanguin auquel certaines femmes sont sujettes pendant la grossesse.

Nous diviserons les hémorrhagies utérines en trois classes :

La première comprendra celles qui arrivent pendant le cours de la gossesse, c'est-à-dire depuis la conception jusqu'à l'époque de l'accouchement;

La seconde, celles qui ont lieu pendant le travail;

La troisième, celles qui n'arrivent qu'après l'accouchement.

D'abord il convient de dire un mot de la structure de la matrice, de ses rapports avec le fœtus et le placenta, de son action pendant et après l'accouchement.

De l'utérus.

L'utérus est un viscère creux destiné à contenir le fœtus et ses enveloppes jusqu'au terme de l'accouchement.

Situé obliquement dans l'excavation du bassin, derrière la vessie, devant le rectum, au-dessous des circonvolutions de l'intestin grêle et au-dessus du vagin, qui entoure sa partie inférieure et lui adhère intimement; il est pyriforme, déprimé sur deux faces opposées, arrondi à sa petite extrémité; son épaisseur est d'un pouce, sa longueur de deux pouces et demi; sa largeur est de deux pouces vers son fond; elle se rétrécit du côté du vagin, et s'y termine par une partie étroite et allongée nommée *col*, pour la distinguer de la partie moyenne, qu'on appelle *corps*. On distingue à la matrice deux faces : une antérieure ou pubienne, une postérieure ou sacrée; trois bords : un supérieur, qui en forme le fond, et deux latéraux, qui répondent aux ligamens larges; trois angles : deux supérieurs, qui donnent naissance aux trompes utérines; et un inférieur, qui en forme le col, et est embrassé par le vagin, dans lequel il forme une saillie de trois à quatre lignes; cet angle présente, un peu en arrière, une ouverture transversale qui porte le nom d'*orifice externe*; des deux lèvres formées par cette ouverture, l'antérieure est plus épaisse que la postérieure;

elles sont lisses et arrondies chez les femmes qui n'ont pas eu d'enfans, tandis qu'elles présentent souvent des inégalités chez celles qui ont supporté quelques accouchemens même peu laborieux.

L'utérus est comme fixé dans la position qu'il occupe par deux replis du péritoine, nommés *ligamens larges*, qui forment, avec cet organe, une cloison transversale qui divise la cavité pelvienne en deux; ils s'étendent depuis les bords latéraux de ce même organe jusqu'aux parties latérales du petit bassin; les bords supérieurs de ces ligamens forment, en rentrant sur eux-mêmes, dans toute leur largeur, deux replis, dont un enveloppe l'ovaire, et l'autre la trompe. Ces replis ne sont pas les seuls que présente le péritoine dans le voisinage de la matrice : on en remarque encore quatre autres, quand on élève ce viscère au-dessus de l'excavation du bassin; tous ont la forme d'un croissant; deux d'entr'eux se portent sur les parties latérales postérieures de la vessie, vers la face antérieure et les côtés de l'utérus; les deux autres descendent de l'intestin rectum vers la face postérieure de la matrice.

Tous ces replis s'effacent ou diminuent pendant la grossesse, sont soulevés et déployés à mesure que la matrice se développe; et il semble que la nature ne les ait multipliés autour de cet organe que pour favoriser la gestation.

La cavité de l'utérus est communément distinguée en *cavité du corps* et en *cavité du col* : la cavité du corps est d'une figure triangulaire, et contiendrait à peine une fève de marais; elle se termine, en haut et sur les côtés, par des orifices extrêmement petits, qui forment le commencement des trompes utérines; et en bas, par un autre, plus large, qu'on appelle *orifice interne de la matrice*. La cavité du col est une espèce de canal long d'environ un pouce, un peu plus large dans son milieu que vers ses extrémités; ses parois antérieures et postérieures, contiguës dans l'état naturel, présentent plusieurs rides, dont quelques-unes sont longitudinales et d'autres transversales; elles sont formées par la membrane qui tapisse cette cavité. On trouve quelquefois entre ces rides de petits corps arrondis, blan-

châtres, que *Naboth* a pris pour des œufs, mais dont la nature est encore inconnue. La cavité du col communique, en haut, avec la cavité du corps, par l'orifice interne de l'utérus; en bas, elle communique dans le vagin, par l'orifice externe du même organe.

Organisation de la matrice.

Les parties qui composent l'utérus sont, une tunique membraneuse formée par le péritoine, une tunique charnue, une tunique interne, des vaisseaux sanguins, des vaisseaux lymphatiques, des nerfs et du tissu cellulaire.

La tunique charnue forme la plus grande partie de cet organe; les fibres qui la composent sont si pâles, si serrées, chez les femmes qui ne sont pas enceintes, qu'on pourrait bien en méconnaître la nature si on ne les examinait que dans cet état; mais pendant la grossesse elles deviennent plus molles, plus rougeâtres, et prennent à la fin un aspect décidément musculeux.

La tunique interne, suivant plusieurs célèbres anatomistes, n'est que la continuation de celle du vagin, qui se réfléchit sur le museau de tanche pour aller tapisser la cavité du col, celle du corps, et par continuité celle des trompes.

Les artères sont fournies par les spermatiques et par les hypogastriques; les veines utérines viennent aussi des hypogastriques et des spermatiques; les nerfs viennent des plexus rénaux, et des hypogastriques, des grands sympathiques et des paires sacrées.

Dépendances de l'utérus.

Des angles supérieurs et latéraux de la matrice naissent, ainsi que je l'ai dit plus haut, les trompes de *Fallope*, les ovaires, et les ligamens ronds.

1°. Les trompes sont deux conduits tortueux logés dans l'aileron antérieur du ligament large de la matrice, étroit du côté de l'utérus, et large vers les extrémités opposées, qui sont flottantes dans l'abdo-

men; elles ont quatre ou cinq travers de doigts, mais comme elles sont flexueuses, elles n'en ont guère moins de sept à huit : leur extrémité libre est évasée, et à reçu le nom de *pavillon;* elle est inégalement découpée dans son contour et comme frangée; la plus longue de ces languettes est fixée à l'extrémité correspondante de l'ovaire; et les autres, plus courtes, quoique toujours tournées vers cette glande, paraissent destinées à l'abdomen. Les fibres de leur tissu peuvent se développer et se pénétrer d'une nouvelle propriété, comme le prouvent les grossesses tubaires. Ces corps sont enveloppés par le péritoine, et leur canal, qui établit une communication entre l'utérus et la cavité péritonéale, est tapissé par la membrane muqueuse de l'appareil génital; leurs vaisseaux et leurs nerfs viennent de ceux qui fournissent à la matrice.

Les ovaires sont des corps oblongs, blanchâtres, légèrement aplati, situés dans l'épaisseurs des ailerons postérieurs des ligamens larges. Dans les femmes adultes, ils ont communément de six à huit lignes de longueur sur trois de largeur, et deux d'épaisseur; ils pèsent d'un gros et demi à deux gros; leurs faces, légèrement bosselées, sont libres, de même que leur bord supérieur; ils adhèrent par leur extrémité externe à la plus longue languette du pavillon de la trompe, tandis que leur extrémité interne est fixée à la matrice par un cordon filamenteux très-mince qui va s'implanter à l'angle supérieur de l'utérus derrière la trompe. Les ovaires paraissent avoir une nature glanduleuse, et les trompes utérines semblent leur servir de canal excréteur; leur tissu est blanc opaque, d'une densité peu commune et comme fibreuse; ils reçoivent leurs artères des spermatiques, leurs nerfs des plexus rénaux, et confondent leurs lymphatiques et leurs veines avec ceux des reins.

Les ligamens ronds, au nombre de deux, naissent des angles latéraux de la matrice, devant et un peu au-dessous des trompes; ils descendent ensuite en s'écartant, puis ils se relèvent sur les côtés de la vessie, traversant le détroit abdominal du bassin, passent par les anneaux des muscles grands obliques, et après s'être divisé en trois

ou quatre faisceaux, ils se perdent dans le tissu cellulaire des cuisses, du mont de Vénus et des grandes lèvres. Ces cordons sont formés par des fibres longitudinales, qu'on a regardées long-temps comme musculaires, mais qui semblent n'être que du tissu cellulaire très-dense parsemé de vaisseaux provenant des spermatiques. Ils fixent l'utérus dans sa situation naturelle et en bornent les mouvemens; pendant la grossesse, ils s'allongent, deviennent plus gros, alors ils causent souvent des douleurs, qu'on observe aussi dans d'autres affections de l'utérus qui ne sont pas accompagnées du développement de cet organe.

Du placenta.

On donne le nom de *placenta* à une masse spongieuse, cellulaire, presque entièrement vasculaire, placée dans la matrice et destinée à fournir les élémens de la nutrition du fœtus.

Le placenta a environ un pouce d'épaisseur dans son centre, et s'amincit graduellement du centre vers la circonférence; son diamètre est de sept à huit pouces; ils est formé de plusieurs lobes unis par un tissu cellulaire si fin et si délicat qu'il se déchire avec la plus grande facilité; on lui distingue deux faces, l'une externe ou utérine, l'autre interne ou fœtale.

La face externe ou utérine présente un grand nombre de mamelons vasculaires qui correspondent aux vaisseaux utérins, unis par un tissu lamineux très-fin. D'après cette disposition, on admet généralement que le sang des artères est déposé dans les cellules du placenta, où il est pompé par les radicules de la veine ombilicale. L'observation n'a point encore démontré que les vaisseaux utérins se prolongeassent dans le tissu du placenta, ni que ceux de la veine ombilicale s'envançassent jusque dans le tissu de la matrice.

La face interne ou fœtale, légèrement concave, est recouverte par les membranes chorion et amnios; la première de ces membranes est la plus extérieure, elle correspond en dehors à la caduque réfléchie; la deuxième sert d'enveloppe au fœtus, et renferme les eaux

dans lesquelles il nage; on voit répandu sur cette face un tissu admirable d'artères et de veines; ces vaisseaux, réunis ensemble par le moyen du tissu cellulaire, et recouverts de l'amnios, forment le cordon ombilical.

Le placenta peut s'implanter dans tous les points de sa surface à la matrice, le plus ordinairement il en occupe les régions moyennes.

Des changemens qu'éprouve la matrice aux différentes époques de la gestation.

Après que la fécondation a eu lieu, l'utérus devient un centre de fluxion vers lequel les humeurs affluent de toutes parts; il est le siége d'une nutrition plus active ; son tissu devient spongieux et se colore d'un rouge assez foncé, ses vaisseaux se dilatent insensiblement, deviennent moins flexueux, et le cours du sang est beaucoup plus libre.

Ces changemens sont bien peu sensibles, d'un mois à un autre dans le commencement de la grossesse; mais, vers le milieu de la gestation, le développement de la matrice est si rapide, qu'on a réellement de la peine à croire comment il peut avoir lieu. Dans les trois premiers mois, l'utérus est assez développé pour être contenu, chez la plupart des femmes, dans la cavité du petit basin. Au quatrième mois, il paraît au-dessus du détroit supérieur; il occupe à peu près le milieu de l'espace compris entre les os pubis et l'ombilic, et peut être aisément senti au travers des parois abdominales dans la région hypogastrique. Au cinquième et sixième mois, son fond n'est guère éloigné de lombilic que de deux travers de doigts; mais au septième et au huitième, il atteint la région épigastrique; et enfin, vers la fin du huitième, on le trouve dans le creux de l'estomac. Le fond de l'utérus ne croît plus durant le neuvième mois, souvent il perd de sa hauteur par son affaissement et le relâchement des parois abdominales. Les fibres du fond et du corps de la matrice, beaucoup plus souples et moins serrées que celles des autres parties, sont presque

les seules qui cèdent et se développent avant le sixième mois, et ce n'est guère qu'à cette époque que celles du col contribuent en même temps à favoriser la dilatation de l'utérus ; mais vers la fin de la grossesse ce développement est entièrement dû aux fibres du col, parce que celles du fond et du corps, qui se sont laissées distendre les premières, résistent d'avantage, et que celles du col sont obligées de céder aux contractions des fibres.

Non-seulement les fibres de la matrice se développent et s'allongent durant l'état de la grossesse, mais on les voit encore acquérir une si grande contractilité, qu'il semble que cette propriété soit la seule dont elle est pourvue pendant tout le temps de la gestation.

Lorsque la matrice, par sa force contractile, s'est débarrassée de l'enfant et du placenta, elle revient graduellement sur elle-même, et diminue de capacité : ses fibres perdent de leur longueur ; ses vaisseaux redeviennent tortueux, comme ils étaient avant l'état de grossesse ; le sang, par conséquent, y abonde en moins grande quantité, et y parvient bien plus difficilement, parce qu'ils sont comprimés et presque oblitérés par l'action tonique de la matrice.

Tous ces phénomènes sont d'autant plus importans à connaître qu'ils peuvent diriger l'accoucheur dans la pratique, et surtout dans les hémorrhagies.

Hémorrhagies.

Rien de plus difficile, dit *Alphonse Leroy*, que d'exposer avec beaucoup d'ordre les causes très-multipliées des pertes de sang, et les moyens d'y remédier. Quoique pénétré de cette vérité, j'essaierai cependant de remplir, autant qu'il me sera possible, la tâche que je me suis imposée. Pour y parvenir, je diviserai les causes des pertes de sang en *causes prochaines* ou *immédiates*, et en *causes excitantes* ou *éloignées*.

Les premières renfermeront le défaut de contraction de l'utérus, le décollement du placenta, la rupture du cordon ombilical, et les déchiremens de la propre substance de la matrice.

Les causes éloignées seront toutes celles qui agiront sur l'utérus de manière à augmenter subitement son action ou à l'affaiblir, comme aussi tout ce qui pourra exciter un mouvement trop rapide du sang vers cet organe; ainsi la pléthore, l'état pathologique de la femme, l'usage des spiritueux, les efforts et autres mouvemens violens, les vêtemens trop serrés; le chagrin, la colère et autres affections de l'âme; l'action du froid, les odeurs fortes et fétides; la faiblesse accidentelle ou constitutionnelle, la grossesse prématurée, les vices de conformation de la mère, du fœtus et de ses dépendances, etc., pourront être considérées comme causes éloignées des pertes de sang.

Diagnostic.

Le diagnostic des hémorrhagies utérines est facile à saisir quand elles se prononcent au-dehors par un écoulement de sang plus ou moins abondant; mais il est quelquefois douteux lorsque la perte est interne, c'est-à-dire lorsque le sang s'épanche entre le placenta et la matrice, ou dans l'intérieur des membranes; car alors l'épanchement peut devenir assez considérable pour menacer tout à la fois la vie de la mère et celle de l'enfant, avant que la nature et l'art puissent venir à leur secours. Les signes qui l'annoncent sont, une douleur sourde et profonde vers le fond de l'utérus, avec un sentiment de pesanteur; les grandes et fréquentes défaillances, l'état de faiblesse et d'épuisement, les syncopes rapprochées, la pâleur et l'altération du visage, l'augmentation rapide du volume du ventre.

La rupture du cordon ombilical ou de quelques-unes de ses branches qui rampent à la surface interne du placenta peut aussi donner lieu à la perte interne : les signes qui la caractérirent sont à peu près les mêmes.

Les mouvemens violens auxquels s'abandonne la mère pendant le travail, une douleur vive et déchirante vers le fond de l'utérus, le changement subit dans la forme du globe utérin, joints au prompt développement des accidens précédens portés au plus haut degré, pourraient avec raison faire prévoir la rupture faite à l'utérus.

Prognostic.

Le prognostic des pertes utérines est en général très-fâcheux ; mais il le sera d'autant plus que leur excès menacera davantage l'existence de la mère, celle du fœtus, et qu'elles tiendront à des causes moins soumises à la nature et à l'art, et par conséquent plus difficiles à surmonter.

La division des hémorrhagies en trois classes nous ayant paru nécessaire à l'intelligence de l'objet que nous avons à traiter, il nous paraît également utile de diviser la curation en trois parties, dont chacune appartiendra à la classe qui lui est propre.

Traitement des hémorrhagies pendant la grossesse.

Les pertes utérines peuvent avoir lieu dans tout le cours de la grossesse, quoique l'expérience prouve qu'elles sont en général plus fréquentes dans le commencement et vers la fin qu'à toute autre époque. Elles diffèrent beaucoup, quant au danger et aux indications qu'elles présentent ; le danger sera d'autant plus grand que la grossesse sera plus avancée. Celles qui ont lieu dans les trois ou quatre premiers mois sont rarement dangereuses pour la mère, si elle est secourue à propos ; mais elles le sont beaucoup pour le fœtus, dont la perte est assurée, si on ne parvient, par des secours bien entendus, à arrêter l'hémorrhagie en écartant les causes qui y ont donné lieu : cette conduite a souvent été suivie du plus grand succès. Ainsi, toutes les fois que quelques-unes des causes de pertes utérines ci-dessus désignées viennent à agir sur la matrice, si la perte n'est pas abondante, que l'orifice de l'utérus soit peu dilaté, et que les douleurs ne soient pas de la nature de celles qui annoncent l'accouchement ou l'avortement prochain ; si la mère est bien constituée, il convient de recourir à la saignée du bras plus ou moins répétée ; elle devient alors nécessaire,

quelle que soit l'époque de la grsosesse; on peut même dire qu'elle convient en général toutes les fois qu'il y a dans les fibres utérines une trop grande rigidité qui s'oppose au développement de l'utérus. On doit y recourir surtout lorsque la femme a fait quelque chute ou qu'elle a été exposée à une percussion quelconque, mais violente, qui aurait produit dans cet organe un ébranlement suffisant pour y déterminer la dilacération de quelques-uns de ses vaisseaux ou le décollement d'une partie du placenta. Elle est très utile aussi dans le spasme de l'utérus. Mais si, dans tous ces cas, la saignée produit toujours une dérivation salutaire bien propre à diminuer la force de l'hémorrhagie, il en est d'autres où l'on ne saurait trop la ménager : par exemple, si la femme a long-temps souffert de maladie ou par défaut de nourriture, si elle est dans un état de débilité générale, on ne saurait, dans ces cas, être trop avare du sang de la mère; il faudra même chercher à relever les forces de la malade. Quelques cuillerées de bon vin, un bon bouillon, des alimens nourrissans et de facile digestion, doivent remplacer ici la saignée.

Lorsqu'une femme éprouve dans la région hypogastrique, aux aines, aux cuisses, aux reins, des douleurs, sans qu'elle soit d'un tempérament pléthorique, ayant été néanmoins sujette à des règles fréquentes et abondantes, il convient, dans ces cas, de lui appliquer quelques sangsues à la vulve, afin d'opérer le dégorgement de la matrice et faire cesser l'état de congestion. Cette méthode est préférable à la saignée.

Il est nécessaire que, dans tous ces cas, la femme fasse usage de boissons délayantes, tempérantes, antiphlogistiques, de lavemens, de bains : c'est à la prudence du médecin à en diriger l'application d'après les circonstances.

Si les femmes éprouvent souvent, dans les premiers mois de la grossesse, des inappétences, des dégoûts, des nausées, même des vomissemens dus à la pléthore sanguine ; si ces accidens cessent souvent au moyen de la saignée, il arrive aussi quelquefois qu'ils sont seulement

le produit d'un appareil saburral dans les premières voies. Dans ce cas, les purgatifs, et quelquefois un léger vomitif administré avec prudence, remplaceront ici la saignée, et souvent seront propres à faire cesser les irritations sympathiques.

On doit recommander le repos le plus absolu à la malade, et surtout la position horizontale; lui prescrire l'usage de boissons tempérantes, mucilagineuses, astringentes, telles que l'eau de riz, la grande consoude, édulcorées avec le sirop de coings; la limonade légère, faite avec l'acide citrique ou avec l'acide sulfurique étendu dans une grande quantité d'eau jusqu'à agréable acidité. Les antispasmodiques ne doivent pas non plus être négligés; leur utilité est constatée dans tous les cas de spasme ou mobilité nerveuse. Les narcotiques deviennent comme nécessaires dans les toux opiniâtres et catarrhales, etc.

On ne doit pas non plus négliger l'application sur le ventre et sur les cuisses de compresses trempées dans l'oxycrat ou le vinaigre pur.

Mais si, malgré ces moyens, l'hémorrhagie augmente d'intensité; si la femme éprouve des faiblesses, des syncopes, des tintemens d'oreilles, de légers mouvemens convulsifs; si le pouls continue à perdre de sa force, il faut se rendre maître du sang par l'application du tampon. Ce moyen, préconisé par *Leroux*, de Dijon, agit en opposant une digue salutaire à la perte, et en sollicitant par son action la contraction du corps de l'utérus; ce qui donne à cet organe le temps et les moyens d'opérer la dilatation de son orifice.

On y parvient souvent dans les premiers mois de la grossesse, époque où le placenta et ses membranes forment un volume plus gros que le fœtus. Il faut se garder d'ouvrir les membranes; cette manœuvre retarderait la délivrance, parce qu'elles s'engagent dans le col de la matrice, forcent doucement sa dilatation, sollicitent de cette manière ses contractions, et bientôt le produit entier de la conception en est expulsé.

Celles qui arrivent dans un temps plus avancé, ou vers la fin de la grossesse, sont en général plus fâcheuses, et elles le sont d'autant plus que la matrice approche davantage de son dernier degré de développement; alors, comme nous l'avons déjà dit, les sources qui fournissent le sang ont acquis un diamètre considérable, et laissent échapper assez de sang pour épuiser la mère en très-peu de temps, causer sa mort et celle de son enfant.

Les moyens à opposer à celles-ci seront encore, à peu de chose près, les mêmes que ceux que nous venons d'indiquer pour les pertes qui arrivent dans les premiers mois de la grossesse; souvent cette pratique a été couronnée du plus heureux succès. Les auteurs ont donné des observations qui prouvent d'une manière non équivoque que des femmes grosses de six ou sept mois, dans un travail imminent, sont parvenues, à l'aide de ces moyens, à porter leur enfant à terme.

Si l'on est assez heureux pour éloigner le danger qui menace la femme dans le cas d'une hémorrhagie légère et commençante, il n'en sera pas ainsi toutes les fois que la perte aura été provoquée par une cause violente, par un vice de conformation, ou toute autre disposition morbifique de l'utérus ou des parties voisines. Il serait dangereux d'accorder trop de confiance à cette méthode dans le cas d'une perte qui, par son abondance, menacerait la vie de la mère et celle de l'enfant.

Quelle que soit l'époque de la grossesse, la nécessité d'opérer l'accouchement est reconnue. Cette pratique est presque de tous les temps; elle est confirmée par l'observation des plus grands praticiens : il faut donc, dans ces derniers cas, que l'art vienne au secours de la nature; et si le travail n'est pas commencé, on se rendra maître du sang, autant que possible, par les moyens déjà indiqués, pour laisser à la matrice le temps de rassembler ses forces et d'opérer la dilatation de son orifice : on en profitera pour ouvrir les membranes et donner issue aux eaux, afin de faciliter le retour de la matrice sur

elle-même, diminuer l'hémorrhagie, et connaître la position de l'enfant.

Si tous ces moyens ne suffisaient pas pour établir le travail, on le solliciterait par des frictions sur le ventre, on essaierait de réveiller les douleurs en tiraillant et fatigant légèrement l'orifice de l'utérus (comme le recommande *Puzos* dans son Mémoire sur les pertes de sang). Celui-ci suffisamment dilaté, on se hâte d'opérer l'accouchement en retournant l'enfant et l'amenant par les pieds. Si la tête est déjà engagée dans le fond du bassin, et que le danger soit pressant, dans ce dernier cas, on donnera la préférence au forceps, et l'on se conduira ensuite d'après l'expérience.

Nous avons dit que les pertes de sang qui avaient lieu pendant le travail étaient dues,

1°. A la séparation accidentelle d'une portion plus ou moins grande du placenta d'avec la matrice;

2°. A son insertion sur l'orifice de cet organe;

3°. A la rupture partielle ou totale du cordon ombilical;

4°. Au déchirement ou rupture de l'utérus.

Dans le premier cas, que la perte soit externe ou interne, les moyens à lui opposer sont absolument les mêmes que ceux que nous venons d'exposer ci-dessus pour les pertes qui arrivent vers la fin de la grossesse, et leur application plus ou moins prompte sera toujours soumise à l'abondance de la perte et au danger qui menace la mère et l'enfant.

Dans le second cas, la nécessité de l'accouchement est également reconnue; mais la manière d'y procéder est différente, et exige que nous entrions dans quelques détails indispensables.

Cette hémorrhagie ne permet pas toujours à la femme de porter son enfant à terme; elle se manifeste ordinairement du septième au huitième mois; et quelquefois plus tôt, mais toujours à l'époque à laquelle le col de la matrice commence à s'effacer pour fournir au développement complet de l'utérus dans les derniers temps de la

grossesse. Cette perte est d'autant plus abondante que les contractions de l'utérus sont plus fortes, plus soutenues, et que l'orifice utérin se dilate d'avantage; elle est toujours la suite de la décortication du placenta, implanté sur le col de la matrice, dont il recouvre l'orifice. Il sera toujours facile à l'accoucheur de reconnaître cette erreur de la nature dans la position du placenta; car, au lieu de trouver à l'orifice des membranes lisses et tendues pendant la douleur, et le plus souvent la tête de l'enfant, il ne trouvera qu'un corps fongueux, mollasse; il doit user de beaucoup de ménagement dans la recherche qu'il en fait, pour éviter d'augmenter le décollement, et rendre la perte plus abondante par la chûte des caillots, qui opposent une digue salutaire à l'hémorrhagie. Si, dans cette circonstance, l'orifice n'est pas suffisamment dilaté, que la perte soit légère, la saignée, la position horizontale, le pessaire ou tampon imbibé de vinaigre, etc., doivent être employé pour se rendre maître du sang, s'il est possible, et donner à l'orifice le temps nécessaire à sa dilatation. Si toutes ces précautions sont inutiles, si la perte devient plus abondante, il ne faut pas perdre un instant, il y va de la vie de la mère, mais surtout de celle de l'enfant; il faut opérer l'accouchement : on y procédera en allant percer les membranes dans l'endroit le plus voisin de l'orifice, pour ensuite le terminer d'après les circonstances et les indications ci-dessus détaillées.

La rupture du cordon ombilical donnera également lieu à une perte utérine; celle-ci ne sera sensible à la vue qu'après l'ouverture des membranes; il s'écoule alors une eau rouge mêlée de caillots de sang. *Levret*, *Baudelocque* et *Lamotte* en offrent des exemples; il est évident que, dans ce cas, la nécessité d'opérer l'accouchement ne saurait être douteuse.

De toutes les causes de pertes internes, la plus affreuse, sans doute, est celle qui arrive à la suite de la rupture de la matrice. Tout effrayant que paraît être cet accident sous tous les rapports, il n'est cependant pas encore essentiellement mortel pour la mère et l'en-

faut, si l'art vient assez promptement à leurs secours pour opérer, sans délai, l'accouchement par les voies ordinaires ou avec le forceps, lorsque la tête de l'enfant se présente encore d'une manière favorable.

Les déchiremens partiels de l'utérus, du vagin, etc. peuvent encore donner lieu à des pertes de sang, qui deviendraient dangereuses si elles étaient méconnues; mais qui, le plus souvent, cèdent au retour de la matrice sur elle-même, comme à d'autres moyens dirigés par une main éclairée.

Des hémorrhagies après l'accouchement.

Les pertes qui surviennent après l'accouchement peuvent avoir lieu avant comme après l'extraction du placenta; elles sont dues au décollement partiel du placenta ou à sa rétention dans la matrice, ainsi qu'à la présence de caillots de sang, aux dilacérations partielles de cet organe, à sa dépression, au renversement, et enfin à son inertie.

La matrice se contracte à mesure que l'enfant sort de sa cavité; ses rapports de contiguité avec le placenta cessent d'avoir lieu dans cette circonstance; ce corps, devenu étranger, est obligé d'obéir à de nouvelles hémorrhagies utérines, au moyen desquelles il est expulsé. Alors la matrice ne se fait plus sentir que sous la forme d'une tumeur pyriforme, qui ne dépasse presque pas le dessus du pubis. Dans cet état, les nombreux vaisseaux qui arrosaient sa substance sont en grande partie, sinon oblitérés, du moins tellement recourbés, plissés sur eux-mêmes, qu'il ne s'écoule alors que très-peu de sang par la vulve. Cet écoulement dure quelquefois six semaines; en général, il a reçu le nom de *lochies* ou *vidanges*.

La rétention, avons-nous dit, d'une partie ou de la totalité du placenta, la présence des caillots de sang dans la matrice, deviennent causes d'hémorrhagies utérines, en s'opposant, comme corps étran-

gers, au retour de cet organe sur lui-même. L'indication, dans ces cas, est toujours facile à saisir, elle ne saurait être difficile à remplir. L'orifice de l'utérus, continuant d'être humecté et assoupli par le sang qui s'échappe au-dehors et qui empêche sa grande constriction, sera encore disposé, peu de temps après l'accouchement, à permettre l'entrée de la main dans la matrice pour en extraire ces corps étrangers. Ce n'est pas, comme quelques auteurs l'ont pensé, pour éviter les effets funestes de la rétention d'une portion du placenta dans la matrice que l'on conseille l'extraction, c'est uniquement pour faire cesser l'hémorrhagie qui en dépend ; car le séjour de ce corps étranger dans l'utérus n'exige pas toujours cette manœuvre. Par exemple, lorsque la perte est légère, que les forces se soutiennent, que l'utérus et son orifice sont contractés, et qu'enfin il n'y a point d'hémorrhagie à craindre, il faut, dans ces cas, en abandonner l'expulsion à la nature, et ne point exercer sur l'orifice dans un état de constriction une manœuvre violente, qui infailliblement donnerait lieu au développement d'accidens plus fâcheux que ceux qu'on chercherait à éviter ; on en faciliterait l'expulsion au moyen des injections émollientes et mucilagineuses, des bains, l'opium ou ses préparations.

La dépression et le renversement de l'utérus sont encore des causes qui, le plus souvent, donnent lieu à des pertes de sang, à raison de l'inertie plus ou moins considérable de cet organe, sans laquelle elles ne pourraient arriver.

L'un et l'autre de ces accidens sont le résultat d'un accouchement trop prompt, ou terminé la femme étant debout, comme aussi à l'impéritie de ceux qui agissent avec trop de force sur le cordon ombilical pour extraire le placenta, encore adhérent, avant que la matrice, revenue sur elle-même, en ait opéré le dècollement.

Dans la dépression, c'est toujours le fond de la matrice qui est déprimé en dedans, comme le col d'une bouteille, et qui alors offre au toucher un bord tranchant d'un côté à l'autre. Dans le renverse-

ment complet, la matrice est retournée comme un gant, et tombe entre les cuisses.

Dans ces deux cas, l'indication est facile à saisir ; elle consiste, dans le premier, à solliciter les contractations de l'utérus, soit par des frictions sur la région hypogastrique, soit par la titillation de l'orifice utérin, pour que le fond de l'utérus se rétablisse de lui-même ; mais si la dépression tendait au contraire à augmenter, il faudrait changer la direction vicieuse d'une partie des fibres de l'utérus, en y portant la main pour en relever le fond. Dans le second, il convient d'achever le décollement du placenta, s'il est encore adhétent, et d'opérer la réduction de la matrice le plus promptement possible.

De l'inertie.

On donne le nom d'inertie à cet état dans lequel la matrice, privée de son action de contraction, ne revient point sur elle-même après l'accouchement, et tombe dans un état de mollesse et d'inaction.

L'inertie peut être complète ou incomplète, c'est-à-dire attaquer la totalité de cet organe, ou n'en attaquer qu'une partie ; elle peut arriver quoique le placenta conserve toutes ses adhérences ; de même, lorsqu'il est détaché, elle peut se manifester au moment de l'accouchement, ou quelques instans après.

Toutes ces différences peuvent influer sur la quantité de sang qui s'épanchera dans un temps donné, et sur le lieu où se fera cet épanchement, la perte pouvant être intérieure ou se faire au dehors.

Les causes de l'inertie de l'utérus sont toutes celles qui peuvent diminuer l'élasticité et l'irritabilité musculaire nécessaires au raccourcissement de ses fibres, telles que la constitution lymphatique de la femme, une hémorrhagie qui accompagne ou précède l'accouchement, la dilatation de la matrice, soit qu'elle contienne plusieurs enfans, ou un seul avec beaucoup d'eau ; un accouchement très-

prompt, ou au contraire celui qui aura été long et pénible, qui aura jeté la femme dans un état d'épuisement ; les avortemens fréquens, la délivrance précipitée, enfin le trop grand engorgement des parois de l'utérus, etc.

De toutes les causes de pertes de sang qui surviennent après l'accouchement, il n'en est pas de plus effrayantes que l'inertie de l'utérus ; car, dans ce cas, la femme perd une si grande quantité de sang, qu'elle peut périr dans quelques minutes : il faut donc sur-le-champ mettre en usage tous les moyens, tant internes qu'externes, capables de ranimer son action et mettre fin à la perte ; en conséquence, on peut, comme le conseille *Lamotte*, porter sans délai la main dans la matrice, pour achever le décollement du placenta, s'il est encore adhérent, et pour l'entraîner au-dehors avec tous les caillots de sang qui s'y trouvent : souvent cette seule opération suffit pour faire cesser l'inertie ; dans le cas contraire, on aura recours aux frictions sur le ventre, aux applications froides, astringentes, stimulantes sur les cuisses et les parties de la génération.

Pasta conseille des injections dans la cavité de l'utérus avec de l'alcohol ou des acides sulfurique et nitrique, afin de cautériser ainsi les vaisseaux, et d'arrêter la perte par l'escharre qui se forme. Mais l'emploi de pareils moyens peut occasionner des accidens très-graves.

On peut recourir à d'autres injections stimulantes, mais d'une action beaucoup moins violente.

Enfin l'introduction de la main dans l'utérus est, dans tous les cas, d'un très-grand avantage, comme l'observe M. *Desormeaux :* « Avec la pulpe des doigts, dit ce savant professeur, on agace, on stimule la surface de la cavité de l'utérus, tandis qu'avec l'autre main, placée sur l'hypogastre, on maintient et on stimule l'organe à l'extérieur ; on ne retire la main que lorsque la matrice, par sa contraction, la chasse avec les caillots et les portions de délivre, qu'elle entraîne au-devant d'elle. »

Il est des cas où, malgré tous ces moyens, l'inertie résiste, et cet organe devient flasque et mou.

On a alors conseillé de porter dans l'utérus une éponge imbibée de vinaigre.

Quelques médecins se sont servi avec succès d'un citron, auquel on enlève préalablement son écorce : après l'avoir porté dans l'intérieur de l'utérus, on le comprime fortement, afin que l'acide citrique, s'échappant de toutes ses parties, irrite les parois de cet organe, et le force à se contracter. Lorsque la matrice commmence à revenir sur elle-même, on peut abandonner dans la cavité utérine le citron, dont le suc continue à exciter cet organe, qui finit par l'expulser en terminant ses contractions.

On a aussi conseillé de jeter des sceaux d'eau sur le ventre de la femme, de la mettre dans un bain froid, de l'exposer sur le carreau ; mais de tels moyens, comme on le pense, sont de nature à ne pouvoir être administrés que dans des cas extrêmes.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Mulieri sanguinem evomenti, menstruis erumpentibus, solutio fit. *Sect.* 5, *aph.* 32.

II.

Mulieri in utero gerenti si mammæ ex improviso graciles fiant, abortit. *Ibid.*, *aph.* 37.

III.

Mulieri menstrua si velis cohibere, cucurbitam quàm maximam ad mammas appone. *Ibid.*, *aph.* 50.

IV.

Si fluxui muliebri convulsio et animi deliquium superveniat, malum. *Ibid.*, *aph.* 56.

V.

Si mulieri purgationes non prodeant, neque horrore, neque febre superveniente, cibi autem fastidia ipsi accidunt; hanc in utero gerere putato. *Ibid.*, *aph.* 61.

VI.

A sanguinis fluxu delirium, aut etiam convulsio, malum. *Sect.* 7, *aph.* 9.